国民健康保険療養費支給申請書

□一　般　　□未就学児　　□前期高齢（６５～６９才）

□７０歳以上　２割　　□７０歳以上　３割

記号・番号	療養を受けた被保険者の氏名（ふりがな）	生年月日	世帯主との続柄
		昭 平　年　月　日 令	

傷病名		療養期間	令　年　月　日から 令　年　月　日まで 日間
発病･負傷年月日	令　年　月　日		

診療を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地	名称	
	所在地	
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		

療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因		療養に要した費用	円
		傷病の結果			
		療養内容			

備考	入院　外来　歯科　調剤　交通事故

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙領収書等を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

むつ市長　　様

〒

住　所　むつ市

世帯主　氏　名　　電　話（　　）

個人番号

振込先	銀行・信用金庫・信用組合　　本店・支店・営業部		
	普通・当座	口座番号	
	（ふりがな）		
	口座名義人		

※届出人が世帯主又は、世帯員以外の場合は、住所･氏名･電話番号･世帯主との続柄を裏面に記入してください。

届出人	住所	
	氏名	電話（　　）
	続柄	